

ANALISIS KENDALA IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS DI KECAMATAN MERALKABUPATEN KARIMUN

Seri Dewi¹, Damsar² & Azwar³

¹Program Magister Sosiologi Universitas Andalas, Padang

^{2,3}Dosen Magister Sosiologi Universitas Andalas, Padang

Email: seridewi.patik@gmail.com, damsar_azis@yahoo.com,
& azwar.fisip@gmail.com

Abstract

Karimun Regency is a coastal area where coastal coastal areas are one of the areas that have many problems, especially in the field of public health. Health problems in coastal areas are a very complex problem. Various efforts have been made by the Karimun District Health Office in improving health services and facilities, especially for tuberculosis prevention. However, overall tuberculosis cases in Meral District, Karimun Regency continued to increase from previous years. The implementation of the tuberculosis prevention program policy in Meral Subdistrict has not been carried out optimally even though tuberculosis officers in the Meral District have tried to run the tuberculosis prevention program. There are several obstacles in the implementation of pulmonary tuberculosis prevention programs including the lack of facilities and special health workers for tuberculosis, low awareness of tuberculosis sufferers to reduce tuberculosis transmission, and the patient's low knowledge of the risk of tuberculosis.

Keywords: Implementation, Tuberculosis, Health.

A. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan bagian utama dari misi pemerintah dalam dimensi pembangunan manusia dan masyarakat yang menghasilkan manusia -manusia Indonesia unggul dengan meningkatkan kecerdasan otak dan kesehatan fisik melalui pendidikan, kesehatan dan perbaikan gizi serta merupakan misi kelima untuk mencapai pembangunan kesehatan yang berkeadilan. Hal ini tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Dalam RPJMN tersebut, salah satu misi

pemerintah adalah mewujudkan kualitas hidup masyarakat Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera (BPPN, 2014).

Pengendalian penyakit menular dan tidak menular sebagai sasaran pembangunan kesehatan yang kedua menggambarkan prioritas yang akan dicapai dalam pembangunan kesehatan. Sasaran pembangunan yang kedua ini menempatkan *Tuberkulosis* di urutan pertama. Sasaran tersebut dikembangkan menjadi sasaran-sasaran yang lebih spesifik, termasuk sasaran angka kesembuhan penyakit *Tuberkulosis* (TB) (Kemenkes RI, 2011).

TB merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih tinggi kasusnya di masyarakat. TB berdampak luas terhadap mengancam keselamatan jiwa manusia. TB merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. TB dapat diderita oleh siapa saja, orang dewasa atau anak-anak dan dapat mengenai seluruh organ tubuh kita, walaupun yang banyak diserang adalah organ paru (WHO, 2014).

Kasus TB Paru di Kabupaten Karimun secara klinis mengalami pluktuatif dari tahun 2012-2016. Hal ini dapat dilihat dari Tabel 1 berikut:

Tabel 1
Jumlah Penderita TB di Kabupaten Karimun

Tahun	TB Baru (Orang)	Jumlah TB (Orang)
2012	149	156
2013	142	309
2014	138	312
2015	125	394
2016	151	475
2017	154	418

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Karimun 2017

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa kasus TB Paru yang tertinggi di Kabupaten Karimun terletak di Kecamatan Meral. Selain

itu, dari tahun 2014-2016 mengalami peningkatan jumlah penderita TB Paru. Hal ini dapat dilihat dari Tabel 2 sebagai berikut:

Tabel 2
Jumlah Penderita TB di Kecamatan Meral

Tahun	Jumlah TB (Orang)
2014	38
2015	98
2016	131
2017	72

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Karimun 2017

Upaya untuk mengatasi masalah tuberkulosis di Kecamatan Meral Kabupaten Karimun telah melaksanakan program penanggulangan TB dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) yang direkomendasikan oleh WHO sejak tahun 1995 namun penatalaksanaan TB di sebagian besar puskesmas, rumah sakit dan praktik swasta belum sesuai dengan strategi DOTS dan penerapan standar pelayanan berdasarkan International Standards for Tuberculosis Care (ISTC) (Kemenkes RI, 2013).

Selanjutnya pada tahun 2017 juga telah dilaksanakan strategi Temukan Obati Sampai Sembuh Tuberkulosis (TOSS TB) dengan cara program ketuk pintu yang diamanatkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk mencari dan mendata masyarakat yang terkena penyakit tuberkulosis namun masih terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan program dan pencapaian tujuan program.

Beberapa studi sebelumnya dilakukan, salah satunya oleh Fahmi (2007) yang menggunakan studi kasus deskriptif kualitatif. Hasil penelitiannya memperlihatkan belum optimalnya implementasi program penanggulangan tuberkulosis dengan startei DOTS yang

disebabkan oleh: (1) pemerintah daerah kurang antusias terhadap program penanggulangan tuberkulosis dengan strategi DOTS. (2) penanggulangan TB bukan prioritas serta sudah memiliki pendanaan bersumber dari funding luar yaitu GFATM. (3) penyusunan kebijakan masih bersifat Top-Down. (4) kemitraan penanggulangan TB juga belum berjalan optimal. (5) karakteristik spesialisasi, formalisasi dan sentralistik cukup tinggi dalam mengimplementasikan program penanggulangan TB dengan strategi DOTS di Kab. Tapsel. Selanjutnya, penelitian Mansur (2015) menemukan bahwa pengelolaan program tuberkulosis paru dengan strategi DOTS di Puskesmas Desa Lalang tidak berjalan optimal. Hal ini terlihat dari kualitas personel yang masih kurang dalam usaha mencari tuberkulosis paru dan pelatihan untuk menampung penderita TB dalam sputum, temuan kasus tuberkulosis paru yang dilakukan secara pasif dengan menunggu pasien datang dengan perawatan medis, kurangnya pengetahuan pasien di dahak mengakomodasi diagnosis yang benar sehingga terjadi kesalahan saat dahak diperiksa secara mikroskop oleh petugas.

Permasalahan-permasalahan di bidang kesehatan khusus penyakit tuberkulosis di Kecamatan Meral Kabupaten Karimun adalah (1) Belum optimalnya pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis. (2) Minimnya fasilitas kesehatan khusus penyakit tuberkulosis. (3) Kurangnya tenaga kesehatan khusus penyakit tuberkulosis. (4) Rendahnya kesadaran masyarakat terhadap bahaya penyakit tuberkulosis.

Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya dan permasalahan kesehatan di Kecamatan Meral Kabupaten Karimun, maka artikel ini bertujuan mendeskripsikan kendala implementasi program penanggulangan tuberkulosis di Kecamatan Meral Kabupaten Karimun.

B. TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Kendala

Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008: 667), mendefinisikan pengertian kendala adalah halangan rintangan dengan keadaan yang membatasi, menghalangi atau mencegah pencapaian sasaran. Dalam hal ini yang dimaksudkan adalah kendala yang dihadapi petugas TB dalam pelaksanaan program penanggulangan TB Paru.

2. Konsep Implementasi Kebijakan

Secara etomologis konsep implementasi berasal dari Bahasa Inggris yaitu *implementation* yang berarti pelaksanaan. Secara umum istilah implementasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti pelaksanaan atau penerapan (www.kbbi.web.id). Istilah implementasi biasanya dikaitkan dengan suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu.

Menurut Wibawa (1994) implementasi kebijakan adalah aktivitas yang terlihat setelah dikeluarkan pengarahannya yang sah dari suatu kebijakan yang meliputi upaya mengelola input untuk menghasilkan output atau outcomes bagi masyarakat. Tahap implementasi kebijakan dapat dicirikan dan dibedakan dengan tahap pembuatan kebijakan. Pembuatan kebijakan di satu sisi merupakan proses yang memiliki logika bottom-up, dalam arti proses kebijakan diawali dengan penyampaian aspirasi, permintaan atau dukungan dari masyarakat. Sedangkan implementasi kebijakan di sisi lain di dalamnya memiliki logika top-down, dalam arti penurunan alternatif kebijakan yang abstrak atau makro menjadi tindakan konkret atau mikro.

Pengertian implementasi di atas apabila dikaitkan dengan kebijakan adalah bahwa sebenarnya kebijakan itu hanya dirumuskan lalu dibuat dalam suatu bentuk positif seperti undang-undang dan kemudian ditiadakan dan tidak dilaksanakan atau diimplementasikan,

tetapi sebuah kebijakan harus dilaksanakan atau diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan.

Menurut Daniel A. Maznainam dan Paul A. Sabatier dalam Subarsono (2013:94) menyebutkan ada empat kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan, yaitu sebagai berikut: (1) Karakteristik Masalah. (3) Proporsi kelompok sasaran total populasi. (4) Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan.

3. Tuberkulosis

Tuberkulosis (TBC) adalah suatu penyakit granulomatosa kronis menular yang disebabkan oleh MT. Penyakit ini biasanya mengenai paru, tetapi dapat menyerang semua organ atau jaringan tubuh, misalnya pada lymph node, pleura dan area osteoartikular. Biasanya pada bagian tengah granuloma tuberkel mengalami nekrosis perkijuan (Depkes RI, 2002).

Tuberculosis (TBC) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Depkes RI, 2007). Penyakit TBC dapat menyerang siapa saja (tua, muda, laki-laki, perempuan, miskin, atau kaya) dan dimana saja. Setiap tahunnya, Indonesia bertambah dengan seperempat juta kasus baru TBC dan sekitar 140.000 kematian terjadi setiap tahunnya disebabkan oleh TBC. Bahkan, Indonesia adalah negara ketiga terbesar dengan masalah TBC di dunia. Survei prevalensi TBC yang dilakukan di enam propinsi pada tahun 1983-1993 menunjukkan bahwa prevalensi TBC di Indonesia berkisar antara 0,2-0,65%. Sedangkan menurut laporan Penanggulangan TBC Global yang dikeluarkan oleh WHO pada tahun

2004, angka insidensi TBC pada tahun 2002 mencapai 555.000 kasus (256 kasus/100.000 penduduk), dan 46% diantaranya diperkirakan merupakan kasus baru.

4. Tinjauan Sosiologis

Teori strukturasi menjelaskan antara hubungan struktur dan agensi. Hubungan antara struktur dan agensi bersifat dualitas dan saling mempengaruhi yang bersifat dialektis. Struktur dan agensi bagaikan satu koin mata uang dengan dua sisi mata uang yang berbeda. Mereka merupakan dualitas: semua struktur mencakup tindakan sosial, dan semua tindakan sosial mencakup struktur (Damsar, 2015:202).

Praktik-praktik sosial dalam teori strukturasi diciptakan secara terus-menerus melalui sarana-sarana pengungkapan diri mereka sebagai aktor (Giddens, 2010:3). Aktor-aktor ini yang kemudian disebut sebagai agen, dimana agen sendiri merupakan individu atau sekelompok orang yang melakukan perilaku peniruan secara berulang-ulang yang mana kemudian perilaku ini menciptakan praktik sosial, kepribadian dan tindakan. Dari agen ini pula yang pada akhirnya memunculkan struktur-struktur. Struktur yang dimaksudkan Giddens tidak hanya mengacu pada aturan-aturan yang dilibatkan dalam suatu produksi dan reproduksi sistem-sistem sosial, tetapi juga pada sumber daya-sumber daya (Giddens, 2010:38). Praktik sosial dilakukan antara struktur dan agen, dimana hubungan di antara keduanya digambarkan saling mengandaikan (dualitas) (Giddens, 2010:40). Keduanya tidak dipandang berdiri sendiri sebagai satu per satu bagian.

Penelitian ini mengaitkan antara kebijakan yang dibuat pemerintah dengan teori strukturasi yang dijelaskan oleh Giddens tersebut. Kebijakan ini dibuat tentu tidak dijalankan oleh struktur itu sendiri. Di sini agen mempunyai peran untuk menjalankannya. Agen dalam penelitian ini merujuk kepada pihak-pihak yang terlibat dalam

program penanggulangan TB paru. Pihak-pihak yang dimaksud meliputi Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun, pemberi layanan kesehatan baik itu di tingkat puskesmas maupun rumah sakit, Kader TB-HIV Aisyiyah Karimun, serta penderita TB Paru.

Sementara itu, struktur diartikan sebagai serangkaian aturan dan sumber daya yang terbentuk dari, dan membentuk keterulangan praktik sosial. Struktur sebagai hasil (outcome) sekaligus sarana (medium) praktik sosial yang merupakan letak keberadaan dualitas struktur (Priyono, 2002:19). Dalam lingkup ini, struktur yang dimaksudkan adalah aturan-aturan, nilai-nilai yang ada dalam pelaksanaan Program penanggulangan resiko TB Paru di Kecamatan Meral kabupaten Karimun.

C. METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif dengan tipe deskriptif. Pendekatan kualitatif juga merupakan metode penelitian ilmu sosial yang mengumpulkan dan menganalisis data berupa kata-kata (lisan maupun tulisan) dan perbuatan-perbuatan manusia (Afrizal, 2014:13). Pendekatan kualitatif ini digunakan karena beberapa pertimbangan. Pertama, metode penelitian kualitatif berguna untuk pemahaman yang lebih mendalam tentang makna (arti subjektif dan penafsiran) dan konteks tingkah laku bersama yang ada pada setiap individu/kelompok. Kedua, metode penelitian kualitatif berguna mengungkapkan proses kejadian secara mendetail, sehingga diketahui proses kejadian dan saling pengaruh berbagai realitas. Ketiga, metode penelitian kualitatif mengetahui realitas sosial dari sudut pandang aktor. Keempat, metode kualitatif menghasilkan informasi yang lebih kaya ketimbang

kuantitatif dan sangat berguna untuk meningkatkan pemahaman terhadap realitas sosial (Afrizal, 2014:38).

Tipe penelitian yang digunakan adalah tipe deskriptif yang merupakan penelitian yang menggambarkan suatu fenomena atau kenyataan sosial yang berkenaan dengan masalah dan unit yang diteliti. Penggambaran tersebut harus dibuat apa adanya baik itu tentang suatu variabel, gejala atau keadaan (Arikunto, 2010:234). Dalam tipe penelitian ini berisi kutipan-kutipan data yang memberi gambaran penyajian laporan tersebut (Moleong, 2013:11).

D. HASIL DAN PEMBAHASAN

Program penanggulangan TB paru yang memiliki tujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian TB, memutuskan rantai penularan serta mencegah terjadinya TB MDR. Dalam mengimplementasikan program penanggulangan TB Paru terdapat kendala-kendala dalam pelaksanaannya, yaitu sebagai berikut:

1. Kendala Struktural

Kendala struktural mencakup masalah-masalah organisasi administrasi, baik badan legislatif, eksekutif, yudikatif dan perangkat administrasi kenegaraan lainnya, hasil-hasil kerja mereka seperti UUD, UU, Peraturan Pemerintah, Peraturan Daerah, dan sebagainya. Secara singkat kendala yang bersifat kelembagaan dan produk-produk institusional formal yang digunakan oleh lembaga-lembaga tersebut untuk menyelenggarakan pengelolaan masyarakat, terutama memberdayakan masyarakat dan membangun bangsa atau komunitas yang dikelola oleh lembaga tersebut sebagai penanggung jawabnya.

Adapun kendala struktural dalam program penanggulangan TB Paru di Kecamatan Meral antara lain sebagai berikut:

- a. Fasilitas Kesehatan yang belum memadai

Fasilitas kesehatan merupakan sebuah fasilitas yang dapat disediakan dan dikelola oleh pemerintah maupun swasta, bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Apabila fasilitas kesehatannya belum memadai maka pelayanan kesehatannya juga akan sulit terlaksana dengan baik. Fasilitas kesehatan di Kecamatan Meral berdasarkan Standar pelayanan Minimal (SPM) sudah memadai untuk ukuran kecamatan. Berdasarkan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia No. 75 Tahun 2014 tiap kecamatan harus didirikan satu puskesmas. Sementara itu di Kecamatan Meral juga ada fasilitas kesehatan lainnya seperti rumah sakit bersalin, puskesmas, poskeskel, poliklinik, tempat praktek dokter dan tempat praktek bidan tersebar di seluruh kelurahan yang ada di Kecamatan Meral. Namun fasilitas kesehatan khusus penyakit tuberkulosis (TB) yang belum memadai untuk di puskesmas dan poskeskel sekecamatan meral.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Meral yang berada di Kelurahan Sei. Pasir terlihat tidak memadai fasilitas kesehatan khusus TB. Dimana terlihat hanya memiliki 1 ruangan khusus TB yang dikenal dengan poli TB atau pojok DOT TB yang bergabung dengan ruangan lain. Satu ruangan tersebut digunakan untuk tiga pelayanan yaitu poli TB, poli VCT dan poli penyakit kusta.

Selain itu, kendala selanjutnya adalah fasilitas kesehatan poskeskel di Kecamatan Meral memiliki enam poskeskel yang tersebar dimasing-masing kelurahan yaitu Poskeskel Meral Kota, Poskeskel Baran Barat, Poskeskel Baran Timur, Poskeskel Sungai Pasir, Poskeskel Sungai Raya dan Poskeskel Parit benut. Dari keenam poskeskel yang ada, hanya tiga poskeskel yang mempunyai gedung pelayanan tersendiri, yaitu Poskeskel Meral Kota, Poskeskel Sungai Pasir dan Poskeskel Parit Benut. Sedangkan yang tiganya lagi yaitu poskeskel Baran Barat, Poskeskel Baran Timur dan Poskeskel Sungai Raya masih

bergabung dengan gedung posyandu yang berarti fasilitas kesehatan yang ada di gedung posyandu sangat terbatas.

Berdasarkan temuan tersebut, dapat diuraikan bahwa pelaksanaan program penanggulangan TB sangat membutuhkan fasilitas kesehatan yang memadai. Fasilitas kesehatan yang disediakan untuk penderita TB disamakan dengan penderita penyakit lainnya. Fasilitas kesehatan TB yang ada terdiri dari satu buah ruangan kecil yang berukuran 2.5X2.5 meter yang digunakan tak hanya untuk pelayanan TB tetapi untuk tiga pelayanan yaitu, pelayanan TB, VCT dan penyakit kusta. Dengan keadaan tersebut petugas TB merasa sangat penting untuk melengkapi fasilitas kesehatan yang ada sehingga penderita TB dapat meminimalisir penularan kepada pasien-pasien lain yang berkunjung ke Puskesmas Meral.

Fasilitas atau sarana kesehatan yang memadai dapat memberdayakan petugas TB dalam melaksanakan program penanggulangan TB, dimana dengan fasilitas atau sarana kesehatan yang memadai maka dapat meminimalisir penularan TB, namun pada kenyataannya, fasilitas atau sarana kesehatan TB kurang memadai dilihat dari masih bergabungnya dengan fasilitas atau sarana lainnya yang ada di puskesmas. Hal ini menunjukkan struktur menghambat agen dalam melaksanakan program penanggulangan TB.

b. Tenaga kesehatan yang belum memadai

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014).

Berdasarkan standar ketenagaan TB di Puskesmas sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 Tahun 2014, puskesmas dengan laboratorium yang mampu melakukan pemeriksaan mikroskopis dahak harus memiliki minimal tenaga

pelaksana terlatih yang terdiri dari 1 dokter, 1 perawat/petugas TB dan 1 tenaga laborototium.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, tenaga kesehatan TB di Puskesmas Meral sudah memenuhi standar minimal pelayanan. Dimana di puskesmas Meral telah memiliki 1 dokter, 2 perawat/petugas TB dan 2 tenaga laboratorium.

Sesuai dengan yang disampaikan informan kepala puskesmas bahwa tenaga kesehatan TB di Puskesmas Meral sudah memadai. Namun bertentangan dengan yang disampaikan oleh informan penanggungjawab program TB yang menyatakan bahwa petugas TB yang berjumlah 2 orang kesulitan dalam melayani penderita TB. Petugas TB merasa keteteran dalam menjalankan program TB jika hanya berdua saja. Sehingga untuk tetap melaksanakan program dengan baik harus meminta bantuan tenaga kesehatan yang lain seperti pada saat skrining TB atau sosialisasi yang dilakukan di tempat-tempat umum seperti sekolah dan pelabuhan. Pada saat melaksanakan skrining TB dan sosialisasi petugas TB seringkali meminta bantuan dari petugas-petugas kesehatan lainnya yang sedang tidak ada tugasnya. Cara lain yang digunakan adalah program penanggulangan TB disandingkan dengan program penanggulanagn HIV.

Selain itu kendala selanjutnya adalah terkait dengan tenaga kesehatan yang kurang memadai yaitu, petugas TB yang sering pindah karena tidak ingin ditempatkan di poli TB, sehingga memperlambat program penanggulangan TB. Hal ini dikarenakan tiap-tiap ada petugas TB yang baru harus mengikuti pelatihan terlebih dahulu dan butuh waktu untuk memahami tentang TB.

Sedangkan untuk tenaga kesehatan di poskeskel se-Kecamatan Meral yang memiliki enam poskeskel yang tersebar dimasing-masing kelurahan hanya memiliki masing-masing satu bidan di tiap-tiap poskeskel. Bidan-bidan yang ditempatkan di poskeskel se-kecamatan meral kebanyakan enggan melayani penderita TB dikarenakan ketakutan mereka terhadap penularan TB. Dari enam poskeskel hanya

dua poskeskel yang melayani pengobatan TB, itupun bidan tersebut hanya bertugas sebagai PMO untuk penderita TB MDR. Keengganan bidan di poskeskel melayani penderita TB juga telah disampaikan kepada kepala puskesmas dengan alasan poskeskel masuk bergabung dengan fasilitas kesehatan lainnya yaitu posyandu dan dekat dengan fasilitas umum seperti masjid dan TPQ.

Berdasarkan temuan tersebut dapat diuraikan bahwa kendala yang paling mendasar dirasakan dalam penanggulangan TB adalah kurangnya tenaga kesehatan TB yang dapat menunjang berhasil atau maksimalnya program penanggulangan TB. Mereka tidak yakin pelaksanaan program penanggulangan TB akan berjalan maksimal jika hanya didukung oleh petugas TB yang terbatas.

Jumlah SDM tenaga kesehatan TB yang memadai dapat memberdayakan petugas TB dalam pelaksanaan program penanggulangan TB, dimana dengan jumlah yang memadai pembagian tugas dapat dijalankan dengan baik. Namun pada kenyataannya, dalam program penanggulangan TB jumlah petugas TB kurang memadai untuk menangani penderita TB yang ada di Kecamatan Meral. Hal ini menunjukkan struktur menghambat agen yaitu petugas TB dalam melaksanakan program penanggulangan TB.

c. Belum adanya pengobatan pencegahan dengan isoniazid (PPI NH)

Salah satu upaya yang dilakukan dalam program penanggulangan TB adalah upaya pencegahan. Upaya pencegahan ini dilakukan dengan cara pemberian kekebalan dan pengobatan pencegahan. Pemberian kekebalan ialah melalui imunisasi BCG. Secara umum perlindungan vaksin BCG efektif untuk mencegah terjadinya TB. Pengobatan pencegahan dilakukan dengan pemberian isoniazid (PPI NH) yang diberikan kepada anak umur dibawah lima tahun (balita) yang mempunyai kontak dengan pasien TB tetapi tidak terbukti sakit TB. Berdasarkan hasil observasi peneliti di lapangan ditemukan penderita TB yang kontak langsung dengan balita baik itu anaknya maupun keponakannya. Dimana tidak ditemukan

pengobatan pencegahan dengan PPI NH pada anak balita yang kontak langsung dengan penderita TB tersebut.

Seperti yang diungkapkan informan penderita TB bahwa anaknya tidak diberikan pengobatan pencegahan dengan PPI NH. Hal ini dikarenakan anak penderita TB tidak pernah dibawa untuk diperiksa apakah terpapar TB ataupun tidak. Anak-anak penderita TB tidak pernah diperiksa dikarenakan tidak ada gejala-gejala TB pada anak tersebut. Padahal pencegahan dengan pengobatan sangat dianjurkan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 67 Tahun 2016.

Berdasarkan temuan tersebut dapat diuraikan bahwa salah satu pendukung terlaksananya program penanggulangan TB agar dapat mengurangi angka penderita TB yaitu dengan pengobatan pencegahan yang diberikan kepada balita. Pengobatan pencegahan dengan PPI NH ini sangat penting diberikan untuk balita agar tidak tertular penyakit TB.

Pengobatan pencegahan dengan PPI NH untuk balita agar tidak tertular penyakit TB ini dapat memberdayakan keluarga penderita. Namun pada kenyataannya, anak balita yang kontak dengan penderita TB tidak mendapatkan pengobatan pencegahan dengan PPI NH. Hal ini menunjukkan bahwa struktur menghambat agen dalam pelaksanaan program penanggulangan TB.

2. Kendala Agen

Kendala agen mencakup masalah-masalah yang berhubungan dengan pihak-pihak (agen) yang terlibat dalam program penanggulangan TB. Adapun kendala agen dalam program penanggulangan TB Paru di Kecamatan Meral antara lain sebagai berikut:

a. Kurangnya Pemahaman PMO

Berdasarkan Permenkes RI No. 67 Tahun 2016 tentang penanggulangan TB yang menyatakan bahwa tugas seorang PMO

bukanlah untuk menggantikan kewajiban pasien mengambil obat dari unit pelayanan kesehatan. Tugas PMO adalah mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan; memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur; mengingatkan pasien untuk pemeriksaan dahak pada waktu yang telah ditentukan dan memberikan penyuluhan kepada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala yang mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan.

Berdasarkan hasil observasi peneliti di lapangan ditemukan PMO yang menggantikan kewajiban pasien dalam mengambil obat anti tuberkulosis (OAT) dari puskesmas. Penderita TB yang seharusnya datang bertemu langsung dengan petugas TB di Puskesmas tidak hadir dengan alasan hanya mengambil obat tanpa adanya pemeriksaan fisik. Jadi pengambilan obat bisa diwakilkan dengan keluarga penderita TB yang bertugas sebagai PMO.

Kendala lainnya terkait PMO adalah PMO idealnya harus memiliki pengetahuan terkait TB dan penanggulangannya serta PMO harus menyampaikan informasi kepada penderita TB bahwa TB disebabkan oleh kuman, bukan penyakit keturunan atau kutukan dan TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur. Pengetahuan-pengetahuan tersebut didapatkan dari pelatihan minimal satu kali setiap PMO. Namun pada kenyataannya, keluarga pasien yang bertugas sebagai PMO masih banyak yang belum mendapatkan pelatihan dan yang dilatih selama ini hanya pihak pemangku kepentingan (stakeholder) dan petugas TB serta beberap PMO yang dekat dengan petugas TB yang tergabung dalam relawan TB Aisyiah. Padahal yang berhadapan langsung dengan penderita TB adalah PMO. Pengetahuan terkait TB dan penanggulangannya perlu dilakukan demi terlaksananya program penanggulangan TB secara maksimal. Sehingga tidak ada lagi penderita TB, PMO maupun masyarakat yang menganggap penyakit TB adalah penyakit keturunan atau kutukan.

Seperti yang diungkapkan informan PMO bahwasanya penanggulangan TB tidak bisa maksimal karena pengetahuan PMO yang minim terkait penanggulangan TB. Petugas yang terlibat dalam program penanggulangan TB yang mengerti dan paham hanya petugas TB terlatih sementara petugas yang tidak terlatih seperti PMO hanya sesuai arahan petugas TB. Namun karena minimnya pengetahuan, biasanya PMO yang setiap hari mendampingi penderita TB punya cara tersendiri untuk menyiasati itu selama tidak menyalahi aturan yang ada. Pelatihan mengenai TB sudah sering dilakukan tapi hanya untuk petugas TB dan stakeholder serta PMO yang dekat dengan petugas TB yang tergabung dalam relawan TB Aysiyah. PMO yang tidak tergabung dengan relawan Aysiyah tidak pernah diberikan pelatihan terkait penanggulangan TB. Padahal ilmu tersebut sangat perlu disosialisasikan, terutama PMO yang mengurus dan mendampingi penderita TB yang tahu bagaimana kondisi penderita TB setiap harinya sehingga itu yang sangat perlu diperhatikan sebenarnya agar setidaknya PMO memahami teknis penanggulangan TB yang sebenarnya.

Berdasarkan temuan tersebut dapat diuraikan bahwa salah satu pendukung pelaksanaan program TB agar dapat berjalan maksimal agar semua petugas yang terlibat dalam penanggulangan TB yang menangani langsung penderita TB selama ini dapat dibekali dengan pengetahuan terkait bagaimana teknis penanganan penderita TB yang sebenarnya secara langsung oleh pihak terkait. Dengan begitu tidak hanya petugas TB terlatih dan para pemegang kebijakan saja yang diberi pelatihan namun petugas TB tidak terlatih seperti PMO yang menangani setiap hari juga merupakan pihak yang sangat penting dibekali pengetahuan terkait bagaimana proses program penanggulangan TB yang sebenarnya.

Pelatihan terkait penanggulangan TB untuk meningkatkan pemahaman PMO dapat memberdayakan petugas TB yaitu PMO,

namun pada kenyataannya, pelatihan hanya diperuntukkan petugas TB yang terlatih dan stakeholder serta PMO yang dekat dengan petugas TB. Hal ini menunjukkan bahwa struktur menghambat agen dalam melakukan program penanggulangan TB.

b. Rendahnya Kesadaran Penderita untuk mengurangi penularan TB paru

Perilaku penderita TB Paru sangat mempengaruhi dalam penanggulangan atau pencegahan terhadap penularan kepada yang bukan penderita. Apabila penderita sadar akan kondisi penyakitnya, maka penularan penyakit TB Paru bisa diminimalisir. Begitu juga sebaliknya, apabila penderita TB Paru tidak sadar akan kondisinya, maka penularan penyakit TB Paru ini akan sulit dihentikan. Kesadaran penderita TB Paru ini ditandai salah satunya dengan patuhnya penderita menggunakan masker sesuai yang dianjurkan petugas TB kepada penderita.

Dari hasil observasi peneliti di lapangan penderita TB Paru di Kecamatan Meral lebih banyak tidak menggunakan masker dalam beraktivitas sehari-hari. Penderita TB paru hanya menggunakan masker ketika berkunjung ke puskesmas atau di hadapan petugas TB paru yang berkunjung ke kediaman penderita, itupun jika kunjungan tersebut diberitahu terlebih dahulu. Apabila kunjungan dilakukan secara dadakan dapat dilihat penderita TB paru tidak menggunakan masker dalam beraktivitas sehari-hari.

Sebagaimana yang diungkapkan informan bahwasanya pencegahan penularan dalam program penanggulangan TB tidak bisa berjalan maksimal karena ketidakpatuhan penderita TB dalam menggunakan masker yang dianjurkan oleh petugas TB sesuai aturan dalam program penanggulangan TB. Ketidakpatuhan penderita dalam menggunakan masker dikarenakan ketidakbiasaan penderita TB paru menggunakan masker dalam beraktivitas sehari-hari menjadi penyebab penderita TB Paru enggan menggunakan masker. Ketidakbiasaan ini menjadikan penderita TB paru sesak jika

menggunakan masker dalam beraktivitas sehari-hari. Hal ini dapat menyebabkan penularan kepada orang-orang yang dekat dengan penderita terutama keluarga penderita TB paru.

Berdasarkan temuan tersebut dapat diuraikan bahwa salah satu penghambat pelaksanaan program penanggulangan TB paru adalah rendahnya kesadaran penderita TB paru menggunakan masker dalam beraktivitas sehari-hari. Penggunaan masker bagi penderita TB paru dalam beraktivitas sehari-hari dapat memberdayakan keluarga dan masyarakat yang kontak dengan penderita TB paru. Namun kenyataannya, penderita TB paru tidak menggunakan masker dalam beraktivitas sehari-hari. Hal ini menunjukkan adanya struktur yang menghambat agen dalam melaksanakan program penanggulangan TB.

c. Rendahnya pengetahuan penderita terhadap resiko TB paru

Kendala lain juga ditemukan oleh petugas TB paru khususnya petugas analisis, yaitu dalam pemeriksaan dahak atau sputum suspek TB dan penderita TB paru yang sebagian berasal dari penduduk suku asli yang berdomisili di daerah pesisir Kecamatan Meral. Pemeriksaan dahak atau sputum ini merupakan cara awal untuk mengetahui bahwa suspek TB benar-benar positif TB atau negatif. Jadi pemeriksaan dahak atau sputum ini sangat penting dilakukan bagi suspek TB untuk mengetahui pasien adalah penderita TB atau bukan penderita TB.

Berdasarkan observasi yang telah dilakukan peneliti terlihat bahwasanya sampel dahak yang diberikan oleh suspek TB adalah air liur yang berbusa. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan informan petugas analisis bahwa dahak atau sputum yang diberikan oleh penduduk suku asli yang merupakan suspek TB bukan dahak sesuai yang dijelaskan sama petugas analisis melainkan air liur/ludah yang berbusa. Ketidapahaman suspek dan penderita TB terhadap perbedaan dahak dan air liur ini membuat petugas analisis melakukan

pemeriksaan berulang-ulang dengan memberikan contoh dahak sesuai standar yang di butuhkan. Namun apabila suspek TB atau penderita TB tidak mempunyai dahak sebagaimana yang dibutuhkan petugas untuk pemeriksaan TB secara manual di puskesmas maka petugas TB akan memberikan obat untuk memancing dahaknya keluar. Apabila ini tidak berhasil maka pemeriksaan hanya bisa dilakukan di RSUD M. Sani dengan menggunakan mesin gane expert yang bisa mendeteksi TB walaupun hanya menggunakan sampel air liur.

Berdasarkan temuan tersebut dapat diuraikan bahwa pemeriksaan sampel dahak oleh petugas analisis memerlukan waktu yang lama. Hal ini dikarenakan ketidakpahaman suspek dan penderita TB terhadap perbedaan dahak dan air liur. Sehingga petugas analisis terlebih dahulu memberikan edukasi tentang dahak yang dibutuhkan dan melakukan pemeriksaan berulang-ulang untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

Untuk menguji kebenaran data, dilakukan triangulasi data terhadap penderita TB yang menyatakan bahwa sampel dahak yang diberikan penderita TB kepada petugas analisis adalah air liur/ludah (bukan sampel dahak sesuai yang dibutuhkan). Hal itu dikarenakan penderita TB tidak paham sampel seperti apa yang diminta oleh petugas analisis, perlu ada contoh yang ditunjukkan. Hal ini menunjukkan kesamaan data yang diperoleh dengan yang dinyatakan oleh petugas TB bagian analisis. Dari hal ini dapat dilihat kendala yang ada dalam pelaksanaan program penanggulangan TB adalah persoalan rendahnya pengetahuan penderita TB terhadap bentuk dahak yang dibutuhkan sehingga memperlama proses diagnosa TB.

Penderita TB yang memahami sampel dahak yang dibutuhkan dapat memberdayakan petugas TB bagian analisis. Namun pada kenyataannya penderita TB memiliki pengetahuan yang rendah terkait sampel dahak. Hal ini menunjukkan struktur menghambat

agen dalam melaksanakan program penanggulangan TB karena proses diagnosis berlangsung lama.

E. SIMPULAN

Kendala dalam implementasi kebijakan program penanggulanagn TB Paru di Kecamatan Meral terdiri dari kendala struktural dan kendala agen. Kendala Struktural yang terdiri dari fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan belum adanya pengobatan pencegahan dengan isoniazid (PPI NH) pada anak. (1) Fasilitas kesehatan khusus penyakit TB yang masih bergabung dengan fasilitas kesehatan lainnya di tingkat puskesmas dan poskeskel. Dimana fasilitas kesehatan khusus TB harus terpisah dari fasilitas kesehatan lainnya karena penularan penyakit TB yang sangat berbahaya. Keterbatasan fasilitas kesehatan khusus TB yang ada mengakibatkan penanggulanagn penyakit TB pun tidak maksimal. (2) Tenaga kesehatan khusus TB yang masih minim sehingga tenaga kesehatan yang khusus menangani penyakit TB Paru keteteran dikarenakan banyaknya penderita TB yang harus ditangani. Keterbatasan tenaga kesehatan yang ada mengakibatkan penanganan terhadap penderita TB pun tidak maksimal. (3) Belum adanya pengobatan pencegahan dengan isoniazid (PPI NH) pada anak. Pengobatan pencegahan dengan PPI NH ini sangat penting diberikan untuk balita agar tidak tertular penyakit TB. Sehingga dapat mengurangi jumlah penderita TB.

Sedangkan kendala Agen terdiri dari: (1) PMO tidak bisa menjalankan tugasnya dengan baik dikarenakan kurangnya pengetahuan PMO tentang tugas-tugas yang seharusnya dilakukan oleh PMO. (2) Rendahnya kesadaran penderita TB untuk mengurangi penularan TB, hal ini dapat dilihta dari penderita TB tidak menggunakan masker dalam beraktivitas sehari-hari yang

menyebabkan tingginya tingkat penularan TB. (3) Rendahnya pengetahuan penderita terhadap resiko TB, hal ini dapat dilihat dari suspek TB yang sulit membedakan dahak dan air liur sehingga membuat pemeriksaan diagnosis sampel dahak menjadi lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrizal. (2014). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik. (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- BPPN. (2014). Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019. Jakarta.
- Damsar. (2015). *Pengantar Teori Sosiologi*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Fahmi, I. (2007). Desain Organisasi dalam Implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Kabupaten Tapanuli Selatan. *Tesis. Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat. UGM. Yogyakarta*.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia.
- Mansur, M., dkk. (2015). Analisis Penatalaksanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Puskesmas Desa Lalang Kecamatan Medan Sunggal. *Jurnal Lingkungan dan Kesehatan Kerja, Vol. 4(2), 1-10*.
- Moleong, L. J. (2103). *Metode Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rordakarya.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 67 Tahun 2016.
- Priyono & Herry, B. (2002). *Anthony Giddens Suatu Pengantar*. Kepustakaan Populer Gramedia: Jakarta.
- Undang-Undang No. 36 Tahun 2014.
- WHO. (2014). *Global Tuberculosis Report 2014*. WHO Press. Prancis.
- Wibawa, S. (1994). *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.